

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N^o

496

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 11 Juillet 1900, à 1 heure

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'APPENDICITE CHRONIQUE D'EMBLÉE

(PHÉNOMÈNES DYSPEPTIQUES)

Par le Docteur CAMILLE MONTAIS

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
ET DE LA MATERNITÉ DE SAINT-LOUIS

Président : M. TILLAUX, Professeur

Juges : MM. REMY, LEJARS, DELBET, Agrégés

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE HENRI GARITON

13, Rue Séguier, 13

1900

496

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'APPENDICITE CHRONIQUE D'EMBLÉE

(PHÉNOMÈNES DYSPEPTIQUES)

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen M. BROUARDEL

PROFESSEURS

MM.	MM.
Anatomie FARABEUF.	Médecine légale BROUARDEL.
Physiologie CH. RICHEL.	Clinique médicale . . . { POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Physique médicale. . . GABRIEL.	
Chimie organique et Chimie minérale. . . . GAUTIER.	
Histoire naturelle médicale BLANCHARD.	Maladies des enfants. . GRANCHER.
Pathologie et Thérapeutique générales. . . . BOUCHARD.	Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. . JOFFROY.
Pathologie médicale . . { DEBOVE. HUTINEL.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques FOURNIER.
Pathologie chirurgicale. LANNELONGUE.	Clinique des maladies du système nerveux . RAYMOND.
Anatomie pathologique. CORNIL.	Clinique chirurgicale. . { BERGER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Histologie MATH. DUVAL.	
Opérations et Appareils. TERRIER.	
Pharmacologie et Matière médicale POUCHET.	Cliniq. ophtalmologique. PANAS.
Thérapeutique. LANDOUZY.	Clinique des maladies des voies urinaires. . GUYON.
Hygiène PROUST.	Cliniq. d'accouchement. { BUDIN PINARD.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie . . BRISSAUD.	
Pathologie expérimentale et comparée . . . CHANTEMESSE.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	ROGER.
ALBARRAN.	GILLES DE LA TOURETTE.	SEBILEAU.
ANDRÉ.	HARTMANN.	TEISSIER.
BONNAIRE.	LANGLOIS.	THIERY.
BROCA (AUGUSTE).	LAUNOIS.	THIROLOIX.
BROCA (ANDRÉ).	LEGUEU.	THOINOT.
CHARRIN.	LEJARS.	Vaquez.
CHASSEVANT.	LEPAGE.	VARNIER.
DELBET.	MARFAN.	WALLICH.
DESGREZ.	MAUCLAIRE.	WALTHER.
DUPRÉ.	MENETRIER.	WIDAL.
FAURE.	MERY.	WURTZ.

Chef des Travaux anatomiques. M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 11 Juillet 1900, à 1 heure

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'APPENDICITE CHRONIQUE D'EMBLÉE

(PHÉNOMÈNES DYSPEPTIQUES)

Par le Docteur CAMILLE MONTAIS

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
ET DE LA MATERNITÉ DE SAINT-LOUIS

Président : M. TILLAUX, Professeur

Juges : MM. REMY, LEJARS, DELBET, Agrégés

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

IMPRIMERIE HENRI GARITON

13, Rue Séguier, 13

1900



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. TILLAUX

Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

Parvenu à regret au terme de nos études médicales, nous ne saurions assez remercier les maîtres qui nous les ont rendues aussi attrayantes.

M. QUÉNU a bien voulu nous accueillir comme stagiaire, puis comme externe dans son service : il nous a fait aimer la chirurgie si bienfaisante entre ses mains.

M. STRAUS fut pour nous un maître plein de bienveillance : nous saluons ici sa mémoire avec respect.

Nous exprimons à M. BARTH toute notre gratitude pour son excellent enseignement clinique et thérapeutique : que notre pratique en soit le reflet, voilà toute notre ambition.

Pendant notre externat à la Maternité de Saint-Louis, nous avons eu la bonne fortune de compter pour maîtres successivement MM. AUVARD et POTOCKI, qui ne nous ont pas ménagé leurs conseils pratiques.

M. JOSIAS, puis M. LESAGE nous ont guidé dans l'étude des maladies de l'enfance : nous n'oublierons jamais tout ce que nous leur devons.

Nous avons trouvé en M. WALTHER le meilleur des maîtres ; il nous a prodigué ses précieuses leçons de clinique chirurgicale, il nous a inspiré le sujet de notre thèse et toutes nos observations personnelles ont été recueillies dans son service : qu'il soit assuré de notre humble reconnaissance.

Depuis le début de nos études, M. le Dr OCTAVE PASTEAU nous a fait profiter de son amitié et de ses conseils : ils nous ont été particulièrement utiles pour la rédaction de notre thèse : qu'il accepte tous nos remerciements.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'APPENDICITE CHRONIQUE D'EMBLÉE

(PHÉNOMÈNES DYSPEPTIQUES)

M. Letulle a montré et l'on admet généralement avec lui que l'appendicite est un processus essentiellement chronique mais sujet à des poussées aiguës qui se traduisent cliniquement par la crise d'appendicite proprement dite.

Beaucoup moins bruyante et moins nette est l'expression symptomatique de la période chronique qui prépare la crise ou lui survit pour en déterminer de nouvelles ; tandis que la crise aiguë traduit le retentissement péritonéal, la phase chronique, quand elle n'est pas tout à fait insidieuse, ne détermine guère que des phénomènes d'ordre intestinal : « plus souvent qu'on ne le pense il est possible de trouver, si on les recherche, dans les antécédents des malades, des troubles digestifs qui constituent de véritables prodromes de l'appendicite. Parfois, c'est depuis plusieurs mois ou même plusieurs années, qu'il existe de la dyspepsie, des accidents d'entérite muco-membraneuse, de lithiase intestinale.

« Dans d'autres cas, les troubles digestifs, dyspepsie, inappétence, constipation ou diarrhée, n'ont débuté que depuis quelques jours. On croit à un simple catarrhe intestinal qu'on traite par des purgatifs, par des lavements, jusqu'au jour où surviennent des accidents plus sérieux. » (Monod et Vanverts. — *L'Appendicite.*)

En somme ce sont là les troubles de l'entérite qui s'étend à l'appendice et s'y perpétue.

Il est des cas et ils nous paraissent fréquents dans lesquels l'évolution des lésions appendiculaires peut rester à peu près complètement chronique et leur traduction symptomatique, en l'absence de toute crise aiguë, se borner aux troubles digestifs : on conçoit la difficulté de rattacher ces phénomènes dyspeptiques à leur véritable cause, et de dépister la localisation appendiculaire dans l'affection intestinale continue.

Tels sont les faits dont nous avons voulu rapporter quelques observations personnelles, observations touffues et diffuses, mais reproduisant en cela au moins le caractère des cas qu'elles décrivent.

OBSERVATION I

M^{lle} M..., 20 ans. — A continuellement souffert de douleurs abdominales depuis l'enfance.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Élevée au sein, elle n'a présenté aucun symptôme de dyspepsie infantile, sauf une perpétuelle tendance à la constipation, n'ayant pas toutefois jusqu'à nécessiter l'usage régulier de purgatifs ; jamais d'entérite muco-membraneuse.

Cependant, aussi loin que remontent ses souvenirs, elle souffre du ventre à peu près constamment : douleurs vagues quant au siège, ressenties dans tout l'abdomen et dans les reins, mais persistantes, continues ; quelquefois plus vives après les repas pendant la période de digestion, sans que la nature de l'alimentation paraisse les influencer ; la marche prolongée les exaspère également, mais l'exercice physique restreint et même l'usage très modéré de la bicyclette restent sans inconvénient, et, malgré l'état de souffrance à peu près permanent, la santé générale reste satisfaisante.

A aucun moment les sensations de la malade, ni les nombreux examens du ventre pratiqués par divers médecins, n'ont permis de préciser l'origine des douleurs et jamais la fosse iliaque droite

n'avait été suspectée : on mettait sur le compte du nervosisme ces douleurs persistant en pleine santé sans signe physique ni trouble fonctionnel appréciable.

L'état douloureux a été coupé de quelques épisodes plus aigus. A 12 ans, crise douloureuse intense et continue, avec vomissements, fièvre, ayant nécessité un séjour au lit de trois semaines; le tout qualifié d'inflammation d'intestin par le médecin traitant. Crise identique à 14 ans, avec même cortège symptomatique et diagnostic analogue.

Dans les trois dernières années, les douleurs, tout en restant aussi vagues de siège et de caractère, se montrent plus intenses et plus persistantes et plus régulièrement liées à la période digestive (maximum trois à quatre heures après le repas); du reste, pas davantage de troubles fonctionnels ni d'altération de l'état général: appétit conservé, digestions en apparence normales, pas d'amaigrissement; pourtant, l'état douloureux n'a pas été sans développer un certain nervosisme, mais fort modéré.

En mai 1899, la jeune fille, ayant vu une de ses amies atteinte d'appendicite, s'imagina qu'elle pouvait bien en avoir elle aussi et alla consulter à ce sujet M. Bécclère qui, après l'avoir examinée, l'adressa à M. Walther.

La palpation profonde de la fosse iliaque droite y détermine de vives douleurs qui persistent un ou deux jours après chaque examen.

La malade est mise en observation, régime lacté et repos absolu; les douleurs abdominales spontanées deviennent moins intenses et moins fréquentes, tandis que les douleurs à la palpation de la fosse iliaque sont toujours aussi vives; on arrive à localiser le point douloureux sur le milieu de la ligne ilio-ombilicale; endolorissement local persistant après chaque séance.

Ablation de l'appendice au commencement de juillet 1899 à la Maison Dubois par M. Walther, suites normales.

L'appendice, long de dix centimètres, est trouvé rétréci en deux points, siégeant sur son premier tiers à partir de la pointe, stenose due à la rétraction cicatricielle de la paroi, mais laissant une lumière perméable; dans l'intervalle des zones scléreuses léger piqueté hémorragique ancien de la muqueuse.

Revue à diverses reprises, la dernière fois en mai dernier, dix mois après l'opération : santé excellente, digestions parfaites,

les douleurs abdominales n'ont plus reparu, et la jeune fille elle-même insiste sur le contraste de son parfait état actuel avec les souffrances incessantes qu'elle était habituée à ressentir.

OBSERVATION II

M^{me} B..., 31 ans. — Antécédents héréditaires nuls. Sauf une perpétuelle tendance à la constipation, a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à son mariage datant de neuf ans et demi.

Dix-huit mois après, avortement d'environ trois mois, qui fut méconnu pendant plusieurs semaines : délivrance incomplète, pertes sanguines continuelles, abondantes, alternant bientôt avec des écoulements rosés ; finalement, installation de la métrite hémorragique qui fut améliorée ultérieurement par les soins de M. Richardière.

Seconde grossesse survenue sur ces entrefaites et terminée également par un avortement d'environ trois mois, survenu deux ans après le premier et suivi comme celui-ci de pertes sanguines interminables, accompagnées bientôt de phénomènes douloureux intenses : douleurs de reins et douleurs pelviennes, surtout marquées du côté gauche, continues, exagérées par la marche, ayant résisté à tous les traitements et même à un curettage.

L'ablation de l'ovaire gauche, pratiquée en juillet 1895 par M. Segond (Maison Dubois) n'amena pas d'amélioration durable des phénomènes douloureux ; bientôt après, début de la colite muco-membraneuse qui a persisté depuis, très pénible.

A côté des phénomènes lombaires et pelviens antérieurs s'installent des douleurs du côté droit, diffuses mais prédominantes vers la fosse iliaque droite, où la malade ressent des élancements et brûlures continuels, avec parfois recrudescences brusques, par crises, succédant toujours à une période d'exagération de la constipation ou de la colite, aux tentatives de purgation dirigées contre elles, et aussi et surtout à la marche. Les crises sont caractérisées par des douleurs intenses de la fosse iliaque, s'étendant au flanc et aux reins, à la face antérieure de la cuisse droite et à la fesse ; elles s'accompagnent de ballonnement du ventre, ordinairement plus marqué du côté droit, qui est le siège d'une très vive hyperesthésie ; phénomènes nauséux inconstants, pas de diarrhée

consécutive ; le repos au lit atténue les douleurs qui persistent environ vingt-quatre heures ; elles sont suivies pendant quelques jours d'exagération des sensations habituelles de la fosse iliaque (élancements et brûlures).

Ces petites crises se reproduisent irrégulièrement une à deux fois par mois.

L'ablation des annexes droites (ovaire sclérokystique) pratiquée par M. Picqué au commencement de 1897 (Maison Dubois) fut suivie d'une atténuation des douleurs pelviennes anciennes, mais les douleurs lombaires, prédominantes à gauche, persistent toujours, exagérées par la marche ou la moindre fatigue.

Depuis cette seconde opération, les phénomènes dyspeptiques sont beaucoup plus marqués : l'ingestion d'aliments déterminés, viandes rouges, sauces grasses, détermine régulièrement, trois heures après le repas, de vives douleurs à l'épigastre, accompagnées de coliques et de ballonnement du ventre, d'éruptions et persistant plusieurs heures. Quand l'écart de régime a eu lieu au repas du soir, les douleurs se montrent au milieu de la nuit et la crise dure jusqu'au matin, empêchant tout sommeil et souvent suivie dans la matinée de vomissements muqueux. Dans l'intervalle, l'appétit est conservé, les digestions sont toujours pénibles, mais l'on n'observe jamais de vomissements dans la journée.

Les crises douloureuses de la fosse iliaque droite persistent, parfois très intenses et très prolongées ; en novembre 1897, forte crise ayant nécessité trois semaines de repos au lit et laissé à sa suite un endolorissement prolongé de la région et une exagération des troubles fonctionnels gastro-intestinaux qui serait allée jusqu'à la lientérie.

Depuis cette époque, elle n'a cessé de suivre un régime alimentaire approprié (lait, œufs et légumes en purée) ; cependant les troubles persistent : amaigrissement, hypocondrie de plus en plus marqués.

En octobre 1897, ablation de l'utérus et de la trompe gauche kystique par une troisième laparotomie médiane pratiquée à la Pitié par MM. Picqué et Mauclaire.

Les suites immédiates de l'opération furent satisfaisantes, mais elle n'eut d'effet utile que contre les douleurs lombaires du côté gauche et les pesanteurs pelviennes ; les douleurs du côté droit à siège iliaque ne furent pas influencées : le décubitus latéral

gauche est devenu impossible ; il détermine des sensations de tiraillements dans la fosse iliaque et le flanc droits, suivies de coliques amenant des évacuations liquides.

Trois semaines après l'hystérectomie, crise douloureuse intense à droite, consécutive à un purgatif destiné à combattre une constipation datant de quelques jours : douleurs intenses et brusques de la région iliaque droite avec ballonnement abdominal localisé, puis coliques généralisées ; pas de vomissements ; hyperesthésie de la région dont la palpation est insupportable ; les mouvements de la cuisse droite et les contractions de la paroi abdominale sont très douloureux. La crise persista une semaine, suivie d'une plus longue période d'endolorissement de la région.

M. Mathieu fut consulté en novembre : il pense à la dyspepsie intestinale avec colite très marquée et prescrit, avec le régime déjà suivi, de grands lavages répétés de l'intestin qui, en présence de leur action nocive bien constatée, furent remplacés par de grands lavements huileux qui furent mieux supportés.

Malgré tout, pas d'amélioration.

Quatre mois après l'opération se montre de l'éventration, accompagnée de dysurie ; douleurs à la fin de la miction, étendues à la vessie et à la cicatrice qui paraît éprouver comme un tiraillement ; la miction s'arrête brusquement et la vessie achève de se vider par incontinence momentanée.

La malade entre à la Maison Dubois le 22 avril.

M. Walther attribue les phénomènes douloureux persistants de la fosse iliaque à de l'appendicite dont tous les troubles fonctionnels abdominaux seraient la conséquence, et la dysurie à des adhérences de la vessie à la cicatrice sus-pubienne.

L'examen révèle une paroi abdominale amincie et atone, l'épigastre est déprimé, cæcum et S iliaque un peu résistants, la palpation du reste du côlon y détermine du gargouillement ; l'exploration de la fosse iliaque ne détermine qu'une sensation douloureuse localisée suivie d'endolorissement prolongé.

Opération le 22 avril. — Anesthésie au chloroforme ; double incision médiane étendue du pubis à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, embrassant et dépassant en haut et en bas toutes les cicatrices des incisions anciennes, de façon à exciser tout le tissu cicatriciel.

La gaine du muscle droit du côté droit ouverte montre les

fibres musculaires pâles, paraissant malades, dégénérées, mais cette altération du muscle n'est que superficielle ; le muscle droit du côté opposé, dont la gaine est également ouverte, est intact.

Incision péritonéale répondant aux deux tiers supérieurs de l'incision cutanée, la masse intestinale étant refoulée par des compresses montées introduites dans le ventre, on va à la recherche de l'appendice qui est facilement trouvé et attiré au dehors ; l'appendice était en position sous-cæcale, ascendant, interne, long et légèrement vascularisé. A sa partie moyenne renflée on sent un calcul ; le méso-falciforme est chargé de graisse.

Ablation de l'appendice par le procédé ordinaire.

On passe ensuite à la libération de la vessie, dont plus de la moitié de la face antérieure adhère au-dessus du pubis, à la face postérieure de la paroi abdominale ; la vessie peut être détachée au bistouri sans que sa paroi ait été intéressée ; le tiers supérieur de sa surface cruentée est enveloppée par les lambeaux latéraux du péritoine vésical, le reste est fixé aux droits, tout près du pubis.

Six semaines après l'opération : amélioration très nette des troubles dyspeptiques, les digestions sont beaucoup plus faciles bien qu'encore un peu lentes et accompagnées d'une certaine sensation de pesanteur épigastrique ; la malade est au régime du lait, œufs, légumes en purée et viandes blanches, ces dernières qui occasionnaient auparavant de la lientérie sont parfaitement digérées.

Constipation et entérite muco-membraneuse peu accentuées ; tous les phénomènes douloureux intenses de l'abdomen ont disparu, le malade ressent encore d'une manière irrégulière comme des brûlures au niveau de la fosse iliaque droite. Tous les jours, à la même heure, gaz intestinaux abondants.

En somme, l'amélioration du côté intestinal est moins marquée que du côté gastrique.

OBSERVATION III

M^{me} W..., 26 ans. — Antécédents paternels de neuro-arthritisme ; très nerveuse elle-même.

Bien portante jusqu'à 19 ans, sauf constipation de plus en plus tenace.

Début de l'affection par une crise qui la surprit brusquement en plein jour, sans aucune cause apparente : douleurs très vives, sensations de déchirement et de brûlures dans tout le ventre qui est ballonné : état nauséux peu marqué sans vomissements ; la malade dut être rapportée chez elle ; bientôt survinrent des selles diarrhéiques répétées, lesquelles ne furent pas examinées. Douleurs abdominales et diarrhée persistèrent quelques jours pendant lesquels la malade dut garder le lit.

A la suite de cette crise elle remarqua dans ses selles la présence à peu près constante de glaires et même de peaux blanches d'une certaine dimension.

Elle a eu depuis une quinzaine de crises analogues, se montrant brusquement à intervalles irréguliers, sans autre cause déterminante appréciable que l'exagération de la constipation.

Les crises sont caractérisées par des douleurs intenses généralisées à tout l'abdomen qui est ballonné et très sensible à la pression dans toute son étendue ; selles nombreuses avec coliques, ténésme, évacuation abondante de glaires et de fausses membranes ; les crises durent de quatre à cinq jours, ordinairement accompagnées d'un peu de fièvre ; elles tendent de plus en plus à s'accompagner de vomissements au début.

Dans l'intervalle des crises troubles digestifs de plus en plus marqués : d'abord sensation de pesanteur épigastrique, ballonnements du ventre à la suite de repas ; alternatives de diarrhée et de constipation ; sensations diffuses de tiraillements et de brûlures dans l'abdomen ; phénomènes d'intolérance de plus en plus marqués pour certains aliments : viandes en sauce, cafés, vin rouge, crudités, dont l'ingestion est rapidement suivie de vives coliques amenant des selles diarrhéiques. Le nombre d'aliments tolérés est de plus en plus restreint et la malade finit par ne pouvoir supporter que du laitage et des œufs.

L'état général s'altère progressivement, amaigrissement, exaspération du nervosisme, dont les paroxysmes paraissent maintenant avoir une certaine influence provocatrice sur les phénomènes d'intolérance et même sur les grandes crises douloureuses.

La malade, qui s'était fort négligée au début de l'affection, consulte de nombreux médecins sans éprouver d'amélioration des divers traitements prescrits et exécutés.

A la fin de 1899, M. Gombault porte le diagnostic de colite muco-membraneuse, sans appendicite.

Dernière crise en février, de mêmes caractères que les précédentes, mais plus violente, fébrile avec vomissements ; la douleur spontanée reste toujours aussi mal localisée.

Depuis l'intolérance intestinale est complète : tout autre aliment que le lait détermine immédiatement une crise diarrhéique avec glaires. L'endolorissement abdominal reste continu et la malade doit garder le lit à peu près constamment.

Vue par M. Walther au commencement de mars : très amaigrie, avec ventre douloureux partout, côlons distendus par segments, contracturés dans d'autres, sensibilité de toute l'étendue du côlon à la palpation, particulièrement nette dans la fosse iliaque droite où la pression laisse un endolorissement prolongé.

Le repos absolu avec le régime lacté permettent, à la suite de plusieurs examens, de localiser la douleur au-dessous du point de Mac Burney, où l'on perçoit un cordon induré, profondément situé, légèrement mobile transversalement, dirigé dans le sens des fibres du grand oblique. La douleur déterminée est beaucoup plus vive que celle du reste de la région cæcale et du côlon ; elle persiste plusieurs heures après la palpation.

Les phénomènes de colite muco-membraneuse, les alternatives de constipation et de diarrhée glaireuse persistent au même degré, malgré le traitement rigoureux.

Opération le 2 avril. — Anesthésie à l'éther ; incision de 10 centimètres oblique en bas et en dedans, parallèlement à l'arcade et à 4 centimètres environ en dedans d'elle. On tombe sur la gaine du grand droit, qui s'étend jusque-là ; elle est ouverte verticalement et le muscle récliné en dedans ; incision similaire du feuillet postérieur de la gaine, boutonnière péritonéale agrandie aux doigts ; on trouve facilement l'appendice exactement situé au point où il avait été senti, en position descendante oblique interne. Il est libre de toute adhérence et facilement amené au dehors, très vasculaire, rigide ; son méso-falciforme est également tendu, ses veines sont dilatées, presque variqueuses.

Deux points enchaînés au catgut sur le méso qui est séparé à mesure de l'appendice ; celui-ci est lié à sa base, décortication facile de la manchette séreuse, curettage de la muqueuse du moi-

gnon, cautérisation ; fermeture de la manchette et enfouissement du moignon sous le méso.

Examen de l'organe enlevé :

Le canal appendiculaire est largement perméable ; à sa partie moyenne, calcul du volume d'une grosse lentille. Sur toute son étendue, la muqueuse appendiculaire présente un piqueté rouge de folliculite, mais ce piqueté est beaucoup plus marqué à l'extrémité libre qu'à la base et surtout intense au point où siégeait le calcul.

Suites opératoires normales ; la malade sort le 5 mai.

Revue à plusieurs reprises, la dernière fois à la fin de juin : état général meilleur, beaucoup moins d'amaigrissement, la marche est sans inconvénient, mais les phénomènes de colite muco-membraneuse (rejet de glaires et de peaux, douleurs et brûlures diffuses dans l'abdomen) ne se sont que peu amendés ; l'intolérance intestinale existe encore pour la viande rouge, le vin et les légumes, qui ne sont tolérés qu'en purée.

OBSERVATION IV

M^{me} Marie M..., 36 ans. — Souffre depuis plus de dix ans de douleurs abdominales et de phénomènes dyspeptiques qui, à plusieurs reprises, l'ont rendue véritablement impotente.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Enfance maladive, eczéma impétigineux persistant ; dans l'adolescence, variole avec double otite suppurée, l'oreille droite ayant gardé depuis un écoulement intermittent.

Tendance à la constipation avec parfois selles glaireuses, santé plus satisfaisante à partir de la puberté, mais la constipation persiste.

Accouchement à vingt-cinq ans, métrite consécutive guérie par un curettage pratiqué par M. Walther à la Charité, en 1889, trois mois après l'accouchement.

Deux ans après, seconde métrite avec léger envahissement annexiel, le tout ayant rapidement cédé à un second curettage pratiqué à l'Hôtel-Dieu, également par M. Walther.

C'est à peu près depuis son accouchement, remontant aujour-

d'hui à onze ans, que la malade souffre du ventre continuellement : digestions lentes et pénibles avec renvois acides, ballonnement abdominal douloureux, le tout exagéré régulièrement par des aliments déterminés : viande rouge, sauces grasses, fritures, café, vin rouge.

Simultanément, installation de douleurs de reins très vives, diffuses, surtout marquées à la partie inférieure de la région lombaire du côté droit, d'où elles s'étendent au flanc, à la fosse iliaque et à la face antérieure de la cuisse droite. Ces douleurs persistantes sont encore exagérées par la marche et même la station debout au point que la malade doit renoncer presque à tout travail ; l'approche des règles détermine également des recrudescentes.

Au cours des paroxysmes douloureux, quelques troubles de l'urination, mais peu précis, consistant surtout en crises polyuriques.

Tous ces phénomènes, survenus insidieusement, vont en s'accroissant pendant plusieurs mois et retentissent vivement sur l'état général : la malade maigrit, voit s'exagérer son nervosisme habituel, elle est tout à fait impotente. M. Walther pense à la néphroptose chez une grande dyspeptique, et cela d'autant mieux que la palpation du flanc droit lui a donné la perception d'un corps épais tendant sous la pression à filer vers l'hypocondre : il prescrit, avec le régime approprié à la colite (laitages, œufs, légumes en purée), le port de la ceinture spéciale à pelote abdominale qui détermine un soulagement manifeste.

Les phénomènes douloureux lombaires tendent à s'atténuer à la longue, mais les troubles dyspeptiques et nerveux persistent. Améliorés momentanément par l'usage des douches, ils furent exagérés ultérieurement par des abus d'éther et de bromures.

Pendant les quatre dernières années, état plus satisfaisant, les phénomènes dyspeptiques ont cédé au régime, mais tendent à reparaitre à chaque infraction ; dès que la malade essaie de reprendre de la viande rouge ou même du vin, elle est prise régulièrement, quelques heures après le repas, de ballonnement du ventre avec pesanteur épigastrique et inquiétude, puis vives douleurs, sensation d'élancements, dans le flanc droit et la fosse iliaque s'étendant aux reins et même à tout le ventre et à la cuisse droite dans les cas les plus intenses, avec agitation, sueurs froides, état nauséux, mais sans vomissements ni diarrhée consécutive.

Tous ces phénomènes durent plusieurs heures, la malade passe une nuit atroce, quand l'écart de régime a eu lieu au repas du soir ; la fatigue et tout ce qui vient exagérer momentanément l'état névropathique peuvent avoir une influence analogue. En dehors de ces crises l'appétit est conservé, amaigrissement moins marqué, constipation modérée, selles non glaireuses, mais la moindre fatigue détermine des douleurs de reins et le port de la ceinture doit être continué.

Revue à de fréquentes reprises par M. Walther qui, en présence de ces paroxysmes douloureux nettement liés aux phénomènes d'intolérance élective si caractéristiques, est de moins en moins satisfait de son diagnostic de néphroptose, et prévenu par l'expérience de quelques cas antérieurs, il se persuade de plus que ces phénomènes de colite paroxystiques et prédominants à droite peuvent être entretenus, en l'absence de toute autre cause possible, par un état morbide de l'appendice.

Depuis un an, du reste, l'allure de l'affection va en accusant son origine appendiculaire : la santé s'est altérée davantage (ce que la malade attribue à des excès de sirop d'iodure de fer) ; les douleurs sont de plus en plus vives mais leur maximum est dans la fosse iliaque et non plus dans la région lombaire, elles s'accompagnent d'état saburral des voies digestives : langue sale, bouche mauvaise, anorexie, état nauséux, constipation persistante nécessitant des purgatifs répétés qui exagèrent les phénomènes douloureux et déterminent même parfois de légers mouvements fébriles.

Les douleurs tendent à se reproduire par crises de plus en plus intenses et plus rapprochées : douleurs très vives de la fosse iliaque droite s'irradiant vers les lombes et surtout vers la crête iliaque et jusque dans la cuisse droite ; pas d'hyperesthésie locale, ni de défense de la paroi, les mouvements du membre inférieur droit et les contractions de la paroi abdominale restent possibles, non douloureux ; ballonnement du ventre, état nauséux sans vomissements. Ces crises douloureuses apyrétiques durent quatre à cinq jours, se reproduisant irrégulièrement une à deux fois par mois sous l'influence des mêmes causes : fatigue et surtout écarts de régime (vin, viande rouge) et purgatifs. Les phénomènes douloureux tendent de plus en plus à débiter brusquement, atteignant d'emblée toute leur intensité.

Dans l'intervalle des crises pas de sensibilité spontanée de la

région mais la palpation profonde de la fosse iliaque y détermine une vive douleur suivie d'endolorissement prolongé; la malade doit cesser de porter sa ceinture dont la pression de la pelote, loin de lui procurer aucun soulagement, est devenue intolérable; les phénomènes dyspeptiques antérieurs ne se sont pas accentués mais l'état saburral reste continu et l'amaigrissement fait de nouveau des progrès.

En août crise douloureuse fébrile ayant nécessité plusieurs jours de repos au lit.

Le 24 avril dernier, dernière crise de mêmes caractères que les précédentes mais plus intense et accompagnée d'un peu de fièvre pendant deux à trois jours.

Entrée à la Maison Dubois le 3 mai : maigreur assez marquée; teint coloré, nervosisme mais pas d'hypo ni d'hyperesthésie localisée, ni de points hystérogènes; abdomen d'aspect entéroptotique, déprimé surtout au niveau de l'épigastre tandis que l'hypogastre tend plutôt à bomber; épigastre sensible à la pression, côlon descendant et S iliaque vides et rétractés, constituant un boudin indolore de la grosseur du pouce, très accessible au niveau de la fosse iliaque, se perdant au-dessus et au-dessous d'elle; à droite cordon irrégulier également très superficiel, très sensible à la pression; ce cordon de la grosseur du doigt, non mobilisable, est allongé dans la fosse iliaque, parallèlement à l'arcade et à trois doigts au dessus; en bas il se perd dans le pelvis en dedans du psoas, en haut il ne dépasse guère la ligne ilio-ombilicale; c'est à cette extrémité supérieure qui répond exactement au point de Mac Burney que les douleurs provoquées par la pression sont le plus vives, douleurs de même caractère que celles qui sont ressenties spontanément au même siège au moment des crises; elles persistent très pénibles pendant plusieurs heures après chaque séance de palper.

Le toucher vaginal révèle un gros utérus mobile avec un fibrome sessile de la grosseur d'un œuf de pigeon, implanté à la face antérieure de l'isthme et tendant à se développer dans le ligament large droit: ce fibrome s'est traduit depuis quelques mois par quelques pesanteurs pelviennes et de la dysménorrhée avec retour prématuré des règles et augmentation de leur durée.

Opération le 9 mai. — Anesthésie au chloroforme, position de Trendelenburg, incision sus-pubienne médiane de 15 centimètres,

l'appendice est trouvé facilement malgré l'incision peu favorable, il est en position rétro-cæcale et correspond assez bien au cordon induré dénoté par le palper; l'appendice extrait et isolé par des compresses du champ opératoire, se montre coudé et aminci dans le tiers de sa longueur à partir de la pointe, la coudure est due à de la rétraction cicatricielle de la partie correspondante du méso qui maintient la pointe de l'appendice presque au contact du cæcum; le méso est lié le long de son insertion à l'appendice par deux points enchaînés au catgut n° 2 et l'appendice est libéré à mesure puis lié à la base avec le chef libre de la dernière anse de catgut; section circulaire séro-musculaire sur l'appendice à un centimètre au-dessus de sa ligature, décollement et rebroussement de la manchette séreuse (décortication facile); section de la muqueuse appendiculaire au thermocautère très près de la ligature, évidemment de la muqueuse à la cuvette à chalazion, assèchement de sa cavité avec la pointe du thermo; fermeture de la manchette par quelques points de catgut n° 00, enfouissement sous le moignon du méso qui est suturé à la paroi cæcale.

Le tout a demandé vingt-cinq minutes. — Les annexes utérins sont sains.

L'utérus présente quelques petits fibromes du fond pédiculés, et le fibrome sessile de l'isthme déjà signalé tendant à se développer dans le ligament large du côté droit; son énucléation n'étant pas possible, on procède à l'hystérectomie abdominale sus-vaginale par le procédé américain en conservant les ovaires, puis un long surjet de catgut n° 2, tracé de droite à gauche comme les incisions séreuses, enfouit le moignon cervical refermé, et les ligatures au catgut mises sur les utérines, les utéro-ovariennes et les ligaments ronds; l'hémostase est complète.

Suture de la paroi en un seul plan aux crins couplés, les muscles droits étant préalablement largement dénudés et adossés; gros drain à la partie inférieure de l'incision plongeant dans le cul-de-sac de Douglas; pansement à la gaze stérilisée.

L'appendice enlevé est long de 7 centimètres, son ouverture nous montre: son premier tiers à partir de la pointe, qui était coudé et aminci sur une longueur de plus de deux centimètres par rapport au reste de l'organe, est transformé en un cordon fibreux plein; le tiers moyen nous présente une large plaque de folliculite

récente, allongée dans le sens de la lumière de l'organe, à surface muqueuse marquée d'un pointillé hémorragique.

Le tiers de l'organe qui avoisine la base paraît sain. Ainsi la lésion paraît évoluer très lentement de la pointe à la base, tendant en définitive à la sclérose oblitérante.

Les suites de l'opération furent normales, seul le pouls se maintint à 100° tout en restant régulier pendant les deux premiers jours.

L'alimentation a pu être bientôt reprise progressivement ; au moment de sa sortie (5 juin), la malade a repris des forces, elle digère facilement, même les viandes blanches ; aucun phénomène douloureux ; il ne persiste plus qu'un peu d'atonie intestinale.

OBSERVATION V

*Auto-observation de M^{me} le docteur X..., qui a bien voulu
nous autoriser à la publier*

Depuis longtemps déjà, embarras gastriques passagers ; parfois sensation douloureuse dans la région iliaque et le flanc droit, à l'occasion des efforts et surtout quand il s'agissait de soulever de terre un corps pesant : Botkin consulté parla de néphroptose ; M^{me} X... ne fit aucun traitement et ne s'en inquiéta pas davantage.

En juin 1892, un matin en allant à l'hôpital, elle se sent subitement très fatiguée, puis tout à coup nausées et douleurs abdominales très violentes. Elle eut toutes les peines du monde à rentrer chez elle et à se mettre au lit. Frissons intenses avec nausées sans vomissements, mais diarrhée abondante accompagnée de coliques. Elle prend vingt gouttes de laudanum et se fait appliquer sur le ventre des compresses très chaudes laudanisées.

La bouche était pâteuse, la langue sale et la malade ne put prendre qu'une tasse de thé.

Les douleurs, quoique moins fortes, ne se calmèrent pas tout à fait et la sensibilité du ventre était encore grande le soir. Au quatrième jour, date du premier examen médical, les douleurs avaient presque complètement disparu, mais l'examen fut difficile à cause de la défense musculaire et c'est avec peine qu'on réussit

à constater une grande sensibilité bien localisée à l'aine droite (on ne parlait pas encore du point de Mac Burney) ; on mit tous les troubles sur le compte du déplacement du rein.

Un régime sévère fut décidé, avec le port d'une ceinture orthopédique pour maintenir le rein.

Cette conduite et le port de la sangle abdominale réussit pendant un certain temps et, sauf quelques petites indigestions, il n'y eut pas d'autres accidents pendant sept à huit mois, lorsqu'en janvier 1893, après une journée fatigante, M^{me} X... fut de nouveau, dans la rue, prise du même mal, mais d'une manière beaucoup plus intense : coliques plus fortes, nausées plus violentes : la malade ramenée chez elle est prise de frisson, vomissements abondants ; immédiatement diarrhée d'une extrême fétidité. Un confrère conseilla une piqure de morphine mais ne put examiner le ventre, tellement les douleurs étaient intenses. Lavement laudanisé, compresses chaudes et bouillottes. Une fois bien réchauffée, la malade s'endormit et quand elle s'éveilla le lendemain, les douleurs étaient presque nulles, elle ressentait seulement une certaine pesanteur dans l'aine droite.

Une pelote fut ajoutée à la ceinture abdominale pour mieux soutenir le rein ; le régime lacté exclusif fut suivi pendant dix jours, ensuite reprise graduelle du régime ordinaire en évitant seulement les mets épicés et les spiritueux qui, même en petite quantité, faisaient beaucoup de mal.

Tout allait assez bien avec un régime aussi sévère, mais au moindre écart, à la moindre fatigue, sensation dans l'aine droite d'un certain malaise qui dégénérait presque régulièrement, à l'occasion des règles, en une véritable douleur qui ne s'apaisait que par le repos au lit avec compresses chaudes sur l'endroit malade.

En 1894, la malade essaya du massage contre la descente du rein à laquelle on avait attribué jusque-là tous ses malaises ; ce massage fut très imparfait, les manipulations de la région iliaque étant extrêmement douloureuses ; il parut cependant déterminer une certaine amélioration qui se maintint jusqu'en juillet 1895.

La malade cessa de porter sa ceinture et tenta de se relâcher de sa sévérité, mais presque chaque écart de régime était suivi de douleurs dans l'aine et de vomissements avec nausées.

Ces douleurs sourdes dans l'aine diminuaient immédiatement après une débâcle générale (vomissements et diarrhée) et la malade

restait quelquefois bien portante trois à quatre mois, en se contentant d'œufs et de lait, tandis que la viande, les sauces grasses, le vin déterminaient régulièrement les phénomènes d'intolérance élective.

Les grands efforts et surtout le fait de soulever quelque chose d'un peu lourd, surtout en se baissant, étaient suivis de douleurs presque toute la nuit que la malade passait alors à masser son aine droite. Les douleurs se calmaient un peu et, fatiguée, elle s'endormait pour quelques heures vers le matin.

Le nombre des aliments qui pouvaient être supportés, diminuait de plus en plus; le bouillon surtout et les viandes en sauce provoquaient particulièrement les troubles digestifs.

Tous ces phénomènes altèrent rapidement l'état général et la névropathie s'installe.

Pendant l'été de 1898, croyant que la fatigue de ses occupations jouait un grand rôle dans son état, M^{me} X... se retire à la campagne pour plusieurs mois, mais le repos intellectuel ni l'exercice physique n'amènent d'amélioration : les digestions étaient mauvaises, il lui arrivait deux ou trois fois par semaine de s'évanouir à la fin du dîner. Quelquefois cela se passait sans autres accidents, mais un matin, au lendemain d'une longue promenade, elle fut prise de nausées très violentes avec vomissements, diarrhée, douleurs si vives qu'elles furent suivies de perte de connaissance. La crise débuta par un frisson, mais la température ne fut pas prise.

Jamais rien d'anormal du côté des urines (sauf par intermitteces de la polyurie attribuée à la grande quantité de lait absorbée). Plusieurs analyses de l'urine ne décelèrent aucune trace d'albumine. M^{me} X... ne savait à quoi attribuer sa maladie et les docteurs les plus compétents, dûment consultés, l'assuraient qu'il ne s'agissait que de fatigue, de neurasthénie. Elle essaya alors d'un séjour à Vichy.

La cure fut assez mal supportée et la malade retourna bientôt à la campagne pour reprendre le régime lacté.

Ce n'est qu'en se surveillant chaque minute, pour ainsi dire, et en se contentant de laitage et d'œufs, qu'elle put rester à peu près bien pendant un mois.

Mais de retour à Paris, elle ne put continuer à prendre autant de précautions et sa réinstallation la fatigua beaucoup.

Relativement pourtant elle était bien et rien ne lui faisait prévoir la crise qui la surprit le 29 octobre.

A six heures du soir, en donnant sa consultation, elle fut soudain prise de nausées si violentes qu'elle eut à peine le temps de se retirer dans sa chambre où elle rendit toute une cuvette d'une matière écumeuse et comme teintée de sang.

Quelques minutes après survint une diarrhée abondante accompagnée de coliques atroces. Les selles présentaient tout à fait l'aspect du melena.

En dépit de la douleur M^{me} X... tenta de s'examiner elle-même : nulle part elle ne trouva le rein, c'est alors que le diagnostic d'appendicite, malgré le melena, lui vint pour la première fois à l'esprit; elle trouva le point de Mac Burney, quoique un peu au-dessous de la ligne classique, mais excessivement sensible.

Très effrayée, elle écrivit à un médecin des plus distingués qui arriva après un nouvel accès encore plus effrayant.

Il la rassura, car le côlon tout entier était tellement malade et les muscles abdominaux si réfractaires à tout examen, qu'il fut impossible ce jour là, de bien localiser le point douloureux de l'appendicite.

Un régime des plus sévères fut prescrit : aliments liquides, lait et bouillies. Grands lavages du côlon et le repos.

Le régime fut suivi très courageusement, les grands lavages du côlon faits avec de l'eau bouillie chaude additionnée de sous-nitrate de bismuth.

Mais ces lavements, en dépit des plus grandes précautions, occasionnaient des douleurs atroces, nécessitant l'usage du laudanum.

A partir de ce dernier accès et malgré son régime, la malade ne ressentit plus aucun soulagement. Même le lait pesait d'un poids énorme sur l'estomac, et chaque mouvement provoquait immédiatement des nausées, qui ne se calmaient qu'au lit.

L'état de faiblesse allant en s'accroissant de plus en plus, plusieurs chirurgiens furent consultés successivement : M. Segond indiqua la néphroptose comme origine de tous les troubles; tel fut aussi l'avis de M. Auvard, mais avec des réserves pour l'annexite droite; la malade était toujours pour l'appendicite (milieu de 1898).

M. Walther fut appelé ensuite et confirma son diagnostic, mais il conseilla d'attendre, avant toute opération chirurgicale.

que les douleurs du côlon fussent apaisées et de recourir pour cela à M. Mathieu.

M. Mathieu conseilla des lavements à l'eau de guimauve, donnés avec un vide-bouteille pour pouvoir graduer la pression; en outre, le régime se bornait à trois litres de lait, pris à intervalles réguliers, en six fois.

Au bout de deux semaines, toute trace d'intervention chirurgicale avait disparu, le côlon était beaucoup moins sensible au toucher, le teint moins terreux. Mais, comme la malade pouvait faire plus de mouvements, elle sentait, en se baissant, quelque chose comme un corps étranger balloter dans le ventre, à droite, et ce mouvement était toujours suivi de nausées.

Il était plus facile d'examiner l'aine et l'on sentait, alors, beaucoup mieux, que la sensibilité se localisait bien sur l'appendice, qu'on sentait rouler gros et dur sous le doigt.

Se trouvant mieux, la malade essaya, à plusieurs reprises, de prendre des aliments solides, mais ses tentatives furent suivies de crampes atroces que le laudanum seul put soulager.

M. Walther demanda alors l'avis de M. Jalaguier qui, lui aussi, diagnostiqua l'appendicite.

Dès lors, la question de l'opération se trouvait posée, puisque, depuis deux mois, on n'avait rien obtenu de durable avec le régime lacté et les lavages du côlon; cependant, M. Mathieu restait opposé à l'opération.

L'amaigrissement augmentant, il fallut se décider, et, le 28 décembre 1898, M. Walther pratiqua l'opération en présence de M. Jalaguier; il en profita pour examiner tous les organes incriminés, rein et annexes, qui furent tous trouvés sains, tandis que l'appendice présentait de grosses lésions.

Il était long d'une douzaine de centimètres, moniliforme, atteignant, par endroits, presque la grosseur du petit doigt; le dernier centimètre, à partir de la pointe réduite à l'état d'un mince cordon fibreux, plein, était coudé par rétraction partielle du méso. Il communiquait largement avec le cæcum et contenait trois anciens calculs stercoraux aussi durs que des grains de plomb.

Suites opératoires normales; le dixième jour, reprise progressive de l'alimentation et, à partir du vingtième jour, elle digérait un peu de viande blanche sans difficulté.

Les vingt premiers jours, le passage des gaz était ressenti un

peu douloureux dans la région cæcale; enfin, à partir du trentième, elle eut conscience d'être complètement guérie, car les digestions se faisaient d'une façon absolument normale, sans bruits ni gargouillements dans les intestins; les lavements purent être supprimés à partir du vingt-cinquième jour, les selles étant devenues tout à fait faciles et régulières.

En un mot, l'attention de la malade n'était plus attirée, comme jadis, vers l'acte de la digestion, qui s'accomplissait normalement, comme elle avait perdu l'habitude de le faire depuis huit ou dix longues années.

Dix-huit mois après l'opération, la guérison absolue ne s'est jamais démentie : les aliments les plus indigestes et les plus susceptibles de provoquer l'intolérance intestinale (aliments gras, poisson fumé, conserves, crudités) sont parfaitement tolérés.

M^{me} X... mène une vie très active avec des exercices physiques même violents; le nervosisme acquis au cours de la maladie s'est considérablement amendé; disparition même du dermographisme observé auparavant.

OBSERVATION VI

M. R..., 39 ans, emballleur. — Rien à noter dans les antécédents héréditaires; bonne santé depuis l'enfance, aucun trouble dyspeptique sauf constipation s'accompagnant souvent de vives coliques et nécessitant fréquemment l'usage de lavements.

Souffre depuis dix ans de douleurs abominables très intenses, siégeant à droite et survenant par crises : il a eu en tout six grandes crises avec, dans l'intervalle, d'innombrables petites et des troubles digestifs de plus en plus marqués.

Début de l'affection il y a dix ans, marqué par la première grande crise; deuxième grande crise quatre ans après en août; troisième l'année suivante en juin, une quatrième deux ans après celle-ci, enfin une en août 1899, et la dernière grande crise, plus légère, en octobre.

Leur tableau symptomatique est assez uniforme : début brusque la nuit ou le matin par une douleur intense dans la fosse iliaque droite et le flanc, sensation de froid dans le ventre, frissons, état nauséux sans vomissements; fièvre légère, ballonnement du

ventre avec hyperesthésie très vive au niveau de la fosse iliaque, accompagnant pendant quelques jours les phénomènes douloureux, le tout nécessitant une à deux semaines de séjour au lit.

Dans l'intervalle de ces grandes crises, très nombreuses petites crises douloureuses; ne durant que quelques heures au plus : sensation subite de coliques intenses siégeant dans la fosse iliaque et dans tout le côté droit du ventre et tendant dans ces dernières années à s'irradier vers l'épigastre et à déterminer alors des vomissements alimentaires, mais d'ordinaire ces coliques n'amènent que des évacuations gazeuses; elles s'accompagnent de ballonnement du ventre mais non d'hyperesthésie au simple contact de la région douloureuse.

Ces petites crises surviennent à intervalles irréguliers, une à deux fois par semaine, parfois groupés en accès constitués par une série de coliques brèves reproduisant le syndrome déjà décrit, revenant plusieurs fois dans la journée ou pendant les jours suivants.

Progressivement cet état douloureux s'accompagne de troubles digestifs de plus en plus marqués, surtout tendance à la diarrhée laquelle présente un caractère électif, selles suivant rapidement l'absorption de certains aliments (viandes grasses, vin rouge, crus).

En dehors de ces phénomènes passagers d'indigestion, la constipation persiste avec selles glaireuses, ballonnement habituel du ventre, digestions lentes et pénibles avec pesanteurs gastriques, inappétence progressive.

L'état général s'altère, le malade est devenu hypocondriaque, les troubles nerveux engendrés par l'état dyspeptique douloureux exagérant à leur tour celui-ci; la fatigue, les soucis ont une certaine influence sur la production des crises; le malade est devenu un véritable infirme.

Vu par M. Walther au commencement de décembre dernier; on perçoit dans la fosse iliaque une induration vague, allongée en boudin dans le sens des fibres du grand oblique, non mobilisable, très sensible à la pression, qui laisse après elle une sensation d'endolorissement de la région persistant pendant deux jours.

Deux ans après le début des crises, un médecin traitant avait perçu momentanément une induration analogue et parlé de péri-typhlite.

M. Walther prescrit le repos et un régime alimentaire composé de lait, œufs et légumes en purée, et remet à une date ultérieure l'opération jugée nécessaire.

Pendant l'observation du régime, les petites crises n'ont plus reparu.

Opération le 26 février. — Incision de Roux, l'appendice très long est en position rétrocaecale, tordu sur lui-même avec une bride cicatricielle qui le coude au niveau de son premier tiers à partir du cæcum ; résection par le procédé ordinaire, pas de drainage.

L'appendice se montre coarcté par de la sclérose de ses parois, au point coudé; piqueté ancien peu marqué dans l'extrémité libre.

Suites opératoire normales.

Revu trois mois après l'opération ; aucune douleur abdominale sauf gaz gênants, digestion assez facile, la constipation est modérée; hypocondrie et amaigrissement très améliorés.

OBSERVATION VII

M^{me} G..., 32 ans. — Antécédents héréditaires très chargés : père diabétique mort d'appendicite, mère et sœur névropathes et dyspeptiques.

Bien portante dans sa jeunesse, sauf constipation et fréquentes crises de migraine, accompagnées de vomissements bilieux.

En 1889, grippe intense avec pleurésie sèche à gauche, depuis grippe tous les ans toujours suivie d'une assez longue période d'asthénie.

Il y a dix ans, ténia ayant occasionné des troubles nerveux et gastro-intestinaux très accentués, mais dont la cause fut méconnue pendant un an ; la malade n'en prit pas moins force médicaments qui accentuèrent encore les phénomènes parasitaires, phénomènes surtout d'ordre gastrique accompagnés de vomissements ; finalement découverte et expulsion du ténia à la seconde reprise du traitement de Créqui.

Depuis, *l'état gastrique n'a jamais été satisfaisant* : vomissements alimentaires fréquents et faciles ; digestions pénibles,

constipation ; cependant la malade conserve la gaieté et l'embonpoint et peut mener une vie très active.

Chute en patinant il y a cinq ans, suivie pendant quelques jours de douleurs au niveau du flanc droit : cette chute a été invoquée ultérieurement comme cause des phénomènes douloureux qui se sont montrés quelques mois après dans la même région (*influence nulle en réalité*).

Depuis mai 1895, à côté de la migraine et de la dyspepsie habituelles, se sont établies brusquement des crises intenses de douleurs de la fosse iliaque et du flanc droit, s'irradiant jusqu'aux reins et à la cuisse droite, accompagnées d'une vive sensibilité à la pression de la région iliaque.

La crise douloureuse apyrétique, accompagnée de vomissements, s'atténue au bout de quelques heures pour reparaitre dans la journée ou les jours suivants avec les mêmes caractères et la même intensité.

Les crises se succèdent ainsi irrégulièrement constituant un accès douloureux d'une durée d'une semaine environ, parfois davantage.

Au cours de l'accès, la marche et surtout l'usage de certains moyens de locomotion (*tramway*) exaspèrent les douleurs ; l'usage de petits lavements très chauds amène un certain soulagement.

Depuis cinq ans, les accès douloureux reviennent à intervalles irréguliers de quelques semaines ; il y a deux ans, ils n'ont pas reparu pendant une période de plusieurs mois qui fut marquée également par l'atténuation de tous les troubles surajoutés.

Les premiers accès ont débuté brusquement ; quelques-uns plus tard ont débuté progressivement.

A peu près en même temps que les accès douloureux s'installe la *colite muco-membraneuse* et les *phénomènes gastriques* s'accroissent : vomissements alimentaires puis bilieux très fréquents, intolérance marquée pour certains aliments : crudités, ragoûts, sauces grasses, vin rouge, dont l'ingestion est rapidement suivie de sensation de pesanteur et de tiraillements épigastriques, qui n'est calmée qu'après que le corps nocif a été rejeté par vomissement ; cependant l'appétit se maintient.

Les accès douloureux répétés et les troubles fonctionnels

gastro-intestinaux retentissent rapidement sur l'état général : amaigrissement, teint blême, irritabilité, inconstance d'humeur.

Tous les remèdes variés ordonnés avec ténacité par les nombreux médecins traitants n'ont servi naturellement qu'à aggraver le tout ; la malade alors a recours aux chirurgiens. Il y a trois ans, elle fut vue en consultation par trois praticiens renommés d'une grande ville de province : l'un incrimina la néphroptose comme cause des douleurs, un second une annexite droite, l'autre l'intestin, personne l'appendice ; toutefois l'on s'entendit pour décider l'ablation des annexes, mais la malade qui n'avait eu aucun passé génital ne put s'y résoudre.

En désespoir de cause, la malade s'adresse à l'homéopathie dont la thérapeutique moins agressive fut aussi moins nocive.

Il y a dix-huit mois, grossesse qui fut mal supportée : phénomènes sympathiques marqués, douleurs de reins, pesanteurs et tiraillements abdominaux ayant nécessité le port d'une ceinture eutocique, mais les accès de douleurs iliaques caractéristiques ne reparurent pas au cours de la grossesse.

Accouchement à terme il y a six mois, avec suites de couches normales, enfant bien constitué ; essai d'allaitement maternel qui ne put être continué plus de quelques jours : on dut prendre successivement plusieurs nourrices au sein ; l'enfant mourut d'entérite au bout de six semaines.

Depuis six mois les crises iliaques ont reparu, les phénomènes gastriques et névropathiques sont plus accusés : persistance de l'entérite muco-membraneuse ; appétit perdu, sialorrhée, déglutitions incessantes, fréquents vomissements muqueux ou bilieux, sensation de brûlure gastrique remontant le long de l'œsophage jusqu'à la base de la langue qui est le siège d'un picotement continu, insupportable (sensation subjective de grattement).

Amaigrissement et état de débilitation extrême, au point que le diagnostic de carcinome gastrique a été posé.

Examen de la malade. — Amaigrissement marqué, teint décoloré ; ventre d'entéroptosique déprimé surtout à l'épigastre avec tendance au ballonnement hypogastrique ; pas de corde colique, ni sigmoïde ; d'hépatoptose ni de néphroptose ; dans la fosse iliaque droite, on sent superficiellement un boudin irrégulier, de la grosseur du doigt, de consistance ferme, allongé dans le sens des fibres du grand oblique, mobile transversalement, surtout

net à la partie inférieure de la fosse iliaque, très sensible à la pression qui réveille des sensations douloureuses analogues à celles des crises persistant plusieurs heures.

Gros utérus en rétroversion occasionnant pendant la marche et la station debout des tiraillements lombaires et des sensations de pesanteur pelviennes ; les annexes sont saines.

Opération le 23 mai. — Ablation de l'appendice et hytéropexie abdominale.

Incision un peu à droite, parallèlement à la ligne médiane, ouverture de la gaine du grand droit, le plan musculaire est récliné en dehors, ouverture du feuillet profond de sa gaine et du péritoine ; examen des annexes, ovaire droit sclérokystique ; l'appendice très long est en position descendante oblique interne, il est réséqué suivant le procédé habituel. Hytéropexie par deux anses de crin double passées à travers les droits.

Appendice long de douze centimètres présentant un rétrécissement fibreux près de sa pointe ; sa coupe montre plusieurs placards allongés dans le sens de sa lumière et présentant un piqueté hémorragique ancien.

Rien à noter dans les suites opératoires, sauf des vomissements continuels les premiers jours et une constipation absolue au point que d'innombrables lavements restèrent sans effet. A sa sortie, 25 juin, la malade digère facilement les purées, œufs et viandes blanches ; la constipation cède facilement aux lavements ; les selles glaireuses ont presque disparu, plus de vomissements ; troubles nerveux très amendés.

OBSERVATION VIII

M. R. C..., 28 ans, compositeur de musique. — Névropathe héréditaire, a toujours souffert de troubles nerveux et dyspeptiques, le tout plus accentué depuis ces dix dernières années.

Dès le berceau, sans entérite apparente, l'alimentation fut extrêmement difficile : le lait maternel dut être supprimé et tout autre lait fut également mal supporté. Le sevrage dut être effectué de très bonne heure, et jamais, depuis, le malade n'a pu tolérer le lait, qui lui occasionne des vomissements et de véritables phénomènes d'indigestion.

Tendance perpétuelle à la constipation, nécessitant l'usage de laxatifs et de lavements; depuis l'âge de 12 à 14 ans, colite muco-membraneuse à peu près continue et parfois, au niveau de la fosse iliaque droite, crises douloureuses intenses, survenant brusquement, comparées par le malade à des sensations de déchirure, de torsion et de brûlure intestinale.

De la fosse iliaque les douleurs s'étendent au flanc droit et jusqu'à l'hypocondre (aussi le foie a-t-il été incriminé). L'accès reste apyrétique, sans vomissements ni même état nauséeux : pas d'hyperesthésie locale; les douleurs persistent à un degré variable une semaine environ, pendant laquelle le malade garde un repos absolu, mais la marche n'est pas devenue impossible : le malade peut se redresser, contracter sa paroi abdominale, les mouvements de la cuisse droite ne sont pas douloureux, mais les secousses de la voiture sont tout à fait insupportables.

L'accès survient en dehors de toute cause déterminante appréciable, il se reproduit irrégulièrement cinq à six fois par an.

Vers 15 ans, crise diarrhéique dysentérique, qui dura quelques jours très intense et nécessita une convalescence de plusieurs semaines : elle ne paraît pas avoir entraîné de troubles ultérieurs.

Il y a dix ans, à l'occasion de préoccupations intellectuelles et de la suppression des exercices du corps dont le sujet avait largement usé jusque-là, exagération des phénomènes dyspeptiques et surtout du nervosisme : symptômes de neurasthénie profonde, sensation de tournoiement, de roulis, le malade ressent de la terre une attraction invincible et ne sort qu'accompagné pour ne pas se laisser tomber; ces phénomènes vertigineux incessants sont sous la dépendance de l'état gastrique, ils sont surtout marqués quand le malade se sent l'estomac vide et au commencement du repas, mais la période de digestion est moins pénible et procure une impression momentanée d'amélioration, d'où l'idée de suralimentation : repas très rapprochés composés uniformément d'œufs, viandes grillées, légumes verts en purée.

Le sommeil est conservé et reste réparateur.

Une vie plus active, combinée avec la suralimentation, détermine, au bout de quelques mois, l'amélioration progressive des phénomènes gastriques et vertigineux, et l'existence devient relativement supportable, avec les crises iliaques accoutumées.

En 1896, sous l'influence de soucis, état de mélancolie profonde, recrudescence des troubles gastriques vertigineux qui ne s'amenderont plus guère dans la suite; parfois petits accès de pseudo-angine de poitrine le soir quand le malade marche après le repas; la suppression du tabac reste sans influence.

En 1898, en même temps qu'une crise iliaque très intense survenue brusquement, exagération nouvelle et persistante des autres phénomènes : vertiges, irritabilité excessive, les paroxysmes nerveux augmentant les troubles gastriques, ballonnement du ventre après les repas, sensation de pesanteur épigastrique allant jusqu'à l'étouffement.

Pendant ces deux dernières années le malade, incapable de tout travail, n'ose même plus sortir accompagné; naturellement il s'analyse et décrit complaisamment tout ce qu'il éprouve; il a consulté les médecins les plus autorisés, mais sans grand succès. M. Potain, à la fin de 1898, porta le diagnostic d'atonie gastro-intestinale et conseilla l'usage de laxatifs combinés avec des lavements émollients et le régime alimentaire déjà suivi : ce traitement scrupuleusement exécuté pendant plusieurs mois ne procura qu'un peu d'amélioration momentanée.

C'est en août dernier que fut pour la première fois soupçonnée la participation possible de l'appendice à tous ces troubles gastro-intestinaux; M. Aviragnet se rangea à cette opinion.

Vu par M. Walther en octobre : sensibilité générale de tout le côlon, plus marquée à la région cœcale; la pression au niveau de la fosse iliaque détermine en outre une sensation pénible de tiraillement vers l'épigastre; les séances de palper sont suivies d'endolorissement de la région iliaque et du flanc droit persistant plusieurs heures.

Vu en novembre par M. Jalaguier au moment d'une poussée intense de colite : crise douloureuse iliaque avec sensation de torsion et de brûlure intestinale, constipation opiniâtre, les lavements répétés ne déterminent que des évacuations glaireuses; M. Jalaguier diffère l'opération sollicitée par le malade.

Sous l'influence du repos l'exploration du ventre devient plus facile, on finit par percevoir dans la fosse iliaque une induration cylindrique, verticale, mal délimitée qui est le siège d'une sensibilité très vive.

Opération en janvier. — Incision de Roux, procédé habi

tuel ; l'épiploon adhérent sur une largeur de deux centimètres à la face antérieure du cæcum, et sclérosé à ce niveau est réséqué ; appendice très court, présentant plusieurs coudures et étranglements cicatriels, vascularisation superficielle marquée.

Drainage à la Mickulicz de l'angle inférieur de la plaie.

Suites opératoires excellentes ; tous les troubles s'amendent rapidement, surtout les troubles intestinaux : crises douloureuses iliaques, colite muco-membraneuse, constipation ; mais l'état mental est moins amélioré.

Vers la fin de mars reprise de l'état neurasthénogastrique ; l'amélioration du côté colique se maintenant.

Revu fin juin, l'état du côté intestinal reste satisfaisant, mais les phénomènes gastriques et névropathiques ne s'amendent que lentement.

On voit, d'après nos observations, que si l'affection tend souvent à une période avancée de son évolution à reproduire l'aspect de l'appendicite chronique à rechutes, elle peut au début, ou même pendant toute sa durée, ne présenter aucune crise, ni même aucun trouble fonctionnel, et ne se traduire que par de très vagues phénomènes douloureux : « On observe des malades qui, depuis de longues années, depuis leur première enfance parfois, sont sujets à des douleurs abdominales mal expliquées, mal caractérisées et souvent mal localisées. » (Broca. *L'Appendicite*, p. 21.)

L'Observation I représente tout à fait ce type : douleurs persistantes, mais vagues, avec absence presque complète de troubles fonctionnels pendant une longue période.

Cette forme est rare ; le plus souvent, au contraire, phénomènes douloureux et troubles fonctionnels marchent de pair, ordinairement très marqués, reproduisant à peu près, comme l'on devait s'y attendre, la symptomatologie de l'appendicite chronique à rechutes dans l'intervalle des crises : « Par sa marche, par ses allures générales, par ses symptômes, cette forme d'appendicite s'accuse comme une

affection portant non seulement sur l'appendice, mais aussi sur le gros intestin. » (Talamon, *loco citato*.)

Aussi les phénomènes coliques sont-ils au premier plan : constipation continue ou avec alternatives de diarrhée, colite sèche ou muco-membraneuse ; pour M. Talamon, qui l'a notée treize fois sur seize, la colite muco-membraneuse fait partie presque nécessaire du syndrome de l'appendicite chronique.

Celle-ci se présente avec ses symptômes variés : sensations de tranchées, de tiraillements, de brûlures, soit vagues et étendues à tout le ventre, soit localisées autour de l'ombilic, au côlon transverse ou à l'un de ses angles, ou même exactement à une des fosses iliaques. Ces phénomènes douloureux sont continus et réguliers, ou bien au contraire groupés en crises entéralgiques,

Les troubles fonctionnels intestinaux sont ceux de la constipation et de la colite ; les troubles gastriques les plus constants sont la gêne épigastrique, avec ballonnement du ventre, flatulence et tendance au sommeil à la suite des repas.

En somme, ce sont tous les signes de l'atonie gastro-intestinale avec hypopepsie ; moins communs sont ceux de l'hyperpepsie : vives douleurs après les repas, sensations de brûlure, régurgitations acides, insomnie.

Le trouble le plus constant et le plus caractéristique parmi ces différents phénomènes dyspeptiques, c'est l'intolérance élective pour des aliments déterminés : sauces grasses, viandes rouges, crudités, légumes de digestion difficile, vin rouge et même café.

L'ingestion de ces aliments, toujours les mêmes chez chaque sujet, est rapidement suivi, au bout de trois à quatre heures au plus, d'une sensation de gêne épigastrique, puis de vives douleurs, soit diffuses, soit nettement prédo-

minantes à droite, au niveau du flanc et de la fosse iliaque et pouvant s'irradier à l'épigastre, aux lombes, à la crête iliaque, parfois jusqu'à la fosse et à la face antérieure de la cuisse droite.

En même temps, ballonnement du ventre, souvent plus marqué à droite, flatulence, état nauséux, rarement vomissements et crise diarrhéique pouvant amener, avec une débâcle glaireuse, l'expulsion d'aliments mal digérés.

La crise laisse, à sa suite, un état saburral prolongé et les troubles digestifs habituels en sont accentués ; elle suit régulièrement chaque écart de régime.

Ces phénomènes d'exagération sous l'influence de l'alimentation ont été mentionnés déjà par Pesquereau (Thèse de Paris, 1899, sur l'appendicite chronique, faite sous l'inspiration de M. le Dr Barette, de Caen) : « En général, les douleurs se font sentir trois à quatre heures après le repas et semblent correspondre à la plus grande activité de la digestion intestinale. Chez le plus grand nombre, cette période de la digestion est toujours douloureuse avec accentuation des phénomènes, si le repas a été très copieux. »

Nous trouvons des faits analogues dans l'observation suivante, rapportée dans la thèse de Levrey :

Obs. résumée. — Enfant de 15 ans, crise aiguë d'appendicite datant de six mois, après laquelle la santé n'est jamais redevenue complète ; l'enfant était souvent repris de douleurs sourdes en un point correspondant au point de Mac Burney : ces douleurs duraient quelques heures, parfois plusieurs jours. Elles apparaissaient deux à trois heures après le repas ou à l'occasion de la fatigue. Parfois, en même temps, survinrent des nausées, des vomissements, et la constipation était à peu près absolue.

Sous l'influence du repos au lit, de la diète absolue, les phénomènes douloureux s'amendaient assez vite. Mais, très

fréquemment, l'enfant se plaignait de malaises, de tiraillements dans le ventre.

L'opération montra l'épiploon adhérent au cæcum et au côlon par une large zone encore enflammée, appendice turgescent.

L'ablation de l'appendice et la libération de l'épiploon amènent la guérison rapide et complète.

Nous prenons la liberté de citer l'une des observations rapportées par M. Walther dans sa communication au Congrès de Chirurgie de 1898, sur l'*Appendicite avec adhérences épiploïques*, observation également citée dans la thèse de Levrey (Obs. X). M. Walther décrit ainsi le cas qu'il a défini : *Adhérences épiploïques anciennes. Appendicite chronique à évolution latente, sans aucune crise aiguë* : « Le malade qui est le sujet de ma première observation m'avait été envoyé à Bicêtre par mon collègue et ami, M. le Dr Letulle, qui l'avait vu à plusieurs reprises avec le Dr Bernard et avait constaté une dilatation de l'estomac, des troubles dyspeptiques très accusés, et, de plus, des phénomènes douloureux mal déterminés, revenant surtout par véritables crises après les repas, mais sans localisation nette.

A la fin de 1876, la maladie actuelle commence par douleurs de reins et des douleurs dans le côté droit du ventre depuis la région sous-hépatique jusqu'à la fosse iliaque. Les douleurs apparaissent immédiatement après les repas ; elles durent quelques heures seulement, parfois plusieurs jours. Au moment de ces accès, il n'a jamais eu de vomissements et a eu la diarrhée d'une manière constante. Ces crises s'accompagnent d'anorexie. Elles sont de plus en plus fréquentes jusqu'à l'époque actuelle, de plus en plus douloureuses et n'ont pas cessé depuis un mois. Le malade est examiné par M. Letulle, qui pense d'abord à la lithiasé biliaire, puis à une appendicite.

Diminution progressive de l'appétit ; poids diminué de six kilogrammes. Tout aliment autre que le lait, bouillon et œufs,

donne une douleur stomacale immédiate, disposition très pénible ; ballonnement du ventre et douleur sourde dans la fosse iliaque.

« Lorsque cet homme entra dans mon service, maigre, affaibli, avec une très légère teinte jaunâtre, je ne pus non plus faire de diagnostic précis. La pression provoquait une douleur sourde depuis le foie jusqu'à la fosse iliaque, douleur irradiée en arrière à la région lombaire. Je mis le malade à la diète lactée et lui fis garder le repos absolu au lit. Au bout de quelques jours, il me devint possible de localiser d'une façon plus précise la douleur à la région cæcale. Le maximum de la douleur siégeait non pas exactement au point de Mac Burney, mais un peu plus haut, et là une pression un peu forte déterminait une douleur irradiée à la région ombilicale. En même temps, la palpation du ventre assoupli permettait de constater au niveau du cæcum une masse assez régulière, allongée suivant l'axe du cæcum et du côlon ascendant.

« Ces signes permettant de croire à l'existence d'une appendicite et d'attribuer à cette cause les troubles digestifs accusés par le malade, je me décidai à intervenir et je fis l'opération le 2 avril 1898 en présence de M. Letulle, que ce cas intéressait particulièrement à cause des difficultés qu'il avait trouvées dans ce diagnostic.

« A l'ouverture de l'abdomen, je trouvai des adhérences épiploïques, adhérences évidemment très anciennes, fibreuses, attachant toute la partie inférieure droite de l'épiploon au cæcum et au côlon ascendant sur une hauteur de six centimètres environ ; l'insertion siégeait assez loin du cul-de-sac cæcal, sur la face antérieure du cæcum, près de la limite supérieure ; l'épiploon était tendu et rétracté et la traction qu'il exerçait sur l'estomac était assez forte pour que, en relevant un peu la lèvre interne de l'incision, l'estomac apparût déformé, tirailé.

« L'appendice était absolument indépendant de ces adhérences épiploïques ; il était situé bien plus profondément. Il fut réséqué, et l'examen histologique fait par M. Weinberg dans le laboratoire de M. Letulle montra une appendicite ancienne avec folliculite plus récente, subaiguë.

« Suites opératoires normales.

« Revu trois fois en trois mois. A recouvré appétit et poids. Mange toute espèce d'aliments. Digestion normale. »

Les exercices physiques, l'usage des purgatifs, des lavements, sont susceptibles, comme l'alimentation, de déterminer l'exaspération des symptômes au cours de l'appendicite chronique.

Des accidents intestinaux graves peuvent être observés, comme des hémorragies intestinales abondantes, survenant en dehors de toute colite muco-membraneuse (Obs. IV) ; la fatigue et les écarts de régime paraissent aussi avoir sur elles une influence déterminante.

Indépendamment des phénomènes d'intolérance, la plupart de nos sujets ont présenté de nombreuses petites crises de même genre que celles de l'appendicite chronique à rechutes : vives douleurs à début brusque, plus intenses dans la fosse iliaque et le flanc droits, souvent avec frissons, état nauséux, ballonnement du ventre prédominant à droite, crise diarrhéique ou, au contraire, redoublement de la constipation avec état saburral ; parfois un peu de fièvre ; le tout durant quelques heures ou quelques jours ; ces petites crises sont souvent groupées en accès et peuvent coïncider avec des poussées d'entéro-colite.

L'état général est rapidement altéré ; les malades se nourrissant mal, en proie à l'hypocondrie, s'amaigrissent ; le teint devient terreux ; ils s'acheminent vers la cachexie spéciale où tendent les grands états dyspeptiques et l'on a pu les croire atteints de cancer de l'estomac ou de l'intestin.

L'exploration du ventre dans nos cas a révélé quelquefois des signes physiques positifs : sensation de boudin ou de cordon dur, parallèle aux fibres du grand oblique, parfois mobile transversalement, répondant par son extrémité supérieure au point de Mac Burney ; sensibilité très vive avec endolorissement consécutif ; d'autres fois, on n'a perçu qu'une diminution de souplesse de la région avec la sensibilité spéciale, enfin et plus souvent, aucun signe positif et le palper ne révèle qu'une sensibilité profonde localisée au même point et est suivie d'un endolorissement prolongé, parfois, en même temps que la douleur iliaque, le palper réveille une sensation de tiraillement à l'épigastre.

PATHOGÉNIE

La multiplicité des facteurs pathogéniques nous expliquera suffisamment la variété des symptômes dans l'appendicite chronique.

Ici nous ne pouvons que suivre M. Walther (1) :

La première cause des troubles digestifs, de beaucoup la plus importante, celle qui domine toute l'histoire symptomatique de la maladie, c'est l'infection entretenue par l'évolution de la folliculite, infection qui se propage directement à l'intestin, infection qui se propage aussi par la voie lymphatique et qui se traduit cliniquement par des troubles digestifs variés ; l'intolérance de certains aliments, et surtout par cette teinte terreuse de la face si caractéristique, par de petites poussées de congestion hépatique, par la perte des forces, etc.

Une femme de 39 ans, très nerveuse, très intelligente, surmenée par un travail intellectuel excessif, souffrait depuis l'âge de 24 ans de troubles digestifs, douleurs épigastriques, sensations de

(1) Walther. « Des troubles digestifs dans l'appendicite chronique. Rôle de l'infection et des épiploïtes. » *Journal des Praticiens*, mai 1900.

brûlures, perte d'appétit, etc. Elle fut soignée pour une dilatation de l'estomac et sous l'influence d'un régime alimentaire approprié, les accidents s'amendèrent sans disparaître complètement.

Mariée à 31 ans, elle eut un enfant bien portant.

A 35 ans, à la suite de contrariétés, perte du sommeil, douleurs de tête très violentes, quelques crises de nerfs sans perte de connaissance, mais surtout un état nerveux très accentué avec surexcitation cérébrale continuelle; on la traita par les douches, les toniques, la viande crue.

Les troubles digestifs s'accrochèrent encore pendant cette crise et s'accompagnèrent de douleurs au moment de la digestion, douleurs épigastriques, douleurs abdominales, tantôt diffuses, tantôt prédominant à droite, parfois même dans la fosse iliaque.

C'est dans ces conditions que je vis la malade et je fus tout d'abord frappé par son teint terreux très accentué, par une intolérance pour certains aliments, pour la viande rouge notamment, par un maximum de douleur à la pression dans la région cæcale, avec un retentissement très net au creux épigastrique.

Après une observation prolongée plus d'un mois, je n'hésitai pas à attribuer à l'appendicite chronique tous ces troubles jusqu'à mis sur le compte de l'état nerveux grave.

J'opérai cette malade dans mon service le 25 juillet 1899. Je trouvai un appendice long de 11 centimètres et demi, coudé par des brides péritonéales; dans le méso, tout contre l'appendice, un ganglion du volume d'un gros pois. L'appendice présentait à la coupe un piqueté hémorragique très abondant à sa partie moyenne et une folliculite en pleine évolution, sans aucune ulcération de la muqueuse.

Mais, c'est là le fait sur lequel j'appelle votre attention, le contenu de l'appendice, examiné par mon collègue, M. Widal, contenait du coli-bacille et du streptocoque et une parcelle prise au centre ramolli du ganglion, cultivée sur gélose, a donné du coli-bacille, et sur bouillon du coli-bacille et du streptocoque.

Je dois ajouter que j'ai revu il y a quelque temps cette malade: bien qu'elle soit toujours aussi nerveuse, elle digère bien, n'a plus de douleurs de ventre et a repris ses forces.

Voilà donc un fait bien probant d'infection ganglionnaire par

le coli-bacille et par le streptocoque au cours d'une folliculite chronique d'emblée dont l'évolution régulière n'a jamais été coupée par aucune crise aiguë.

« Dans un certain nombre de cas, les troubles digestifs ne paraissent pas devoir être rapportés à l'infection, mais bien à la persistance des douleurs, aux tiraillements exercés par la tumeur appendiculaire. » (Cas où l'appendice est complètement transformé en un kyste à liquide clair : exemple rapporté à la Société de chirurgie, séance du 15 mars 1899.)

« La malade souffrait de crises de douleurs très vives, dans l'intervalle desquelles elle gardait toujours une sensation de pesanteur, de tiraillement très pénible dans la fosse iliaque. Les troubles digestifs étaient très marqués, l'amaigrissement considérable. Peu de temps après l'ablation de l'appendice, les troubles digestifs avaient complètement disparu et l'embonpoint revint rapidement. »

Les faits d'un troisième groupe sont caractérisés par l'existence d'adhérences qui semblent jouer, dans nombre de cas, un rôle fort important.

« Les adhérences anciennes, avec transformation fibreuse de l'épiploon, peuvent se développer, aussi bien au cours de l'évolution de l'appendicite chronique d'emblée, qu'après des crises aiguës de péri-appendicite.

« Or, ces vieilles adhérences provoquent des tiraillements et des coudures de l'intestin. Ce que j'ai observé le plus souvent, c'est l'exagération de la coudure de l'angle droit du côlon. Le côlon transverse peut être maintenu solidement par un épiploon rétracté contre le côlon ascendant. Dans deux cas, j'ai vu l'estomac tiraillé par cette rétraction de l'épiploon adhérent au cæcum et au côlon ascendant, au point que la grande courbure apparaissait sous la lèvre interne de l'incision iliaque. Dans ces deux cas, les signes de

dilatation de l'estomac qui avaient été constatés avant l'opération disparurent et les fonctions digestives redevinrent normales.

« Il me semble évident que, dans tous ces cas, une part des troubles digestifs peut être rapportée à la coudure de l'intestin, à la gêne mécanique qu'entraînent ces adhérences, en même temps qu'aux douleurs qu'elles provoquent. »

DIAGNOSTIC

L'appendicite chronique étant essentiellement caractérisée par des troubles dyspeptiques, c'est avec les divers états qui se traduisent par des phénomènes dyspeptiques qu'on aura à la diagnostiquer, avec les cas les plus accentués de dyspepsie atonique, d'entéro-colite surtout et même avec les troubles de l'entéroptose, de la néphroptose, et nos observations montrent combien de diagnostics variés ont été portés par les plus éminents praticiens.

La colite, surtout la forme muco-membraneuse peut réaliser tous les symptômes rapportés dans nos observations d'appendicite chronique : tiraillements, brûlures, endolorissement à siège plus ou moins précis ou même prédominant dans la région iliaque droite; les troubles gastriques sont communs, ainsi que les phénomènes d'intolérance électorale pour certains aliments : « les douleurs surviennent de préférence deux à trois heures après le repas, ce qui tient sans doute au passage dans l'intestin des produits de la digestion; mais elles peuvent aussi se produire pendant la nuit. Elles sont nettement influencées par les écarts de régime, l'ingestion de crudités, celles de boissons alcooliques » (1).

La colite présente aussi des crises entéralgiques avec

(1) Gaston Lyon. — *L'Entérite muco-membraneuse*.

constipation, météorisme, hyperesthésie abdominale et même fièvre et vomissements; les hémorragies intestinales peuvent s'observer aussi au moment des crises; la palpation peut révéler de la résistance avec douleur localisée au niveau du cæcum. Notre Observation II serait un type de colite muco-membraneuse intense si l'examen de l'appendice n'en révélait les lésions si accentuées, et nous pensons qu'on ne doit pas s'efforcer de trancher toujours le diagnostic différentiel entre la colite et l'appendicite, manifestations partielles d'un processus unique d'infection intestinale, qu'on doit s'efforcer d'embrasser dans son ensemble en recherchant l'appendicite sous la colite. « L'appendicite semble alors n'être qu'un épisode de l'inflammation chronique du gros intestin. » — Talamon.

Les renseignements sur l'état de l'appendice seront fournis par l'exploration de la fosse iliaque, révélant tantôt un cordon induré, roulant sous les doigts, très sensible à la pression, tantôt seulement la sensibilité très vive provoquée au point de Mac Burney ou un peu au-dessous, avec l'endolorissement consécutif; la sensibilité de la région cæcale dans la colite est plus diffuse, plus variable; des examens répétés dénotant toujours la persistance du même point douloureux seront en faveur de l'appendicite.

Dans deux de nos observations, O. IV et V, la néphrop-tose a été d'abord incriminée; ses troubles fonctionnels, d'ordre neuro-dyspeptique (Chauffard), sont en effet communs sur bien des points avec l'appendicite chronique et les malades sont bien plus des hypocondriaques que des urinaires.

Nos malades n'ont songé à se plaindre de leur néphrop-tose qu'après que l'appendice est entré en jeu; les douleurs étaient provoquées par les écarts de régime bien plus que par la fatigue physique: le port de la ceinture spéciale

n'a que les effets de la sangle abdominale chez les entéroptosiques et les dyspeptiques atones.

La néphroptose concomittante mais tout à fait innocente est possible, et viendra encore faire errer le diagnostic ; mais son existence même n'est pas toujours réelle et le côlon épaissi et rétracté peut donner à lui seul la sensation du corps ferme qui se dérobe sous la pression et file vers l'hypocondre.

M. Walther nous a enseigné que dans bon nombre des cas de néphroptose réelle ou soupçonnée où l'on souffre, c'est l'appendice qui doit être incriminé.

Cependant nous n'irons pas aussi loin qu'Ehebolds (1) d'après lequel, « dans soixante pour cent des cas, il y a association des deux maladies. L'appendicite chronique est la conséquence la plus constante du rein mobile droit ; quelques-uns des symptômes attribués au rein dépendraient donc de l'appendicite. La douleur n'est pas rénale mais appendiculaire et cesse avec la guérison de l'appendicite. S'il n'y a pas d'appendicite on ne souffre pas du rein mobile ».

Il faudra aussi songer à l'appendicite dans les troubles dyspeptiques qui paraissent subordonnés à la lithiase biliaire sans ictère, aux affections utérines et annexielles, aux névralgies pelviennes, toutes les fois qu'on ne percevra pas nettement les signes propres de ces diverses affections.

C'est l'exploration répétée de la fosse iliaque, avec les résultats du régime approprié aux phénomènes d'entérocolite et d'atonie intestinale qui mettront sur la voie du diagnostic d'appendicite chronique, diagnostic qu'il ne faudra pas se hâter de porter d'emblée ; plusieurs de nos cas ont nécessité des semaines et des mois d'observation.

Cette observation prolongée est légitime ; on admet que

(1) Ehebolds, « Centralblatt für Gynecologie, 1898 », analyse dans la *Revue générale de Pathologie interne*, 1899.

dans l'appendicite chronique à rechutes, la gravité des crises va généralement en s'atténuant à mesure qu'elles se répètent; et le sujet est mis par son régime dans les meilleures conditions pour les atténuer encore.

Mais ce traitement palliatif qu'on devra toujours mettre en œuvre est impuissant à guérir et à peu près constamment l'appendicectomie seule sera tout à fait efficace; encore faut-il savoir que « la résection de l'appendice ne fait pas toujours disparaître les symptômes et les troubles liés à la colite chronique » (Talamon), lorsque celle-ci est primitive.

CONCLUSIONS

L'appendicite chronique peut évoluer indéfiniment sans crise aiguë révélatrice et ne se traduire que par des phénomènes dyspeptiques et douloureux; ces cas sont loin d'être rares.

Les troubles digestifs sont ceux de la dyspepsie atonique, mais le retentissement intestinal est surtout marqué; la colite sèche ou muco-membraneuse est la règle.

L'état général est profondément altéré: la neurasthénie s'installe d'ordinaire et le sujet s'achemine vers la cachexie des grands dyspeptiques.

Un des symptômes les plus remarquables est l'intolérance élective par des aliments déterminés dont l'ingestion est régulièrement suivie de vives douleurs, prédominantes à droite avec phénomènes d'indigestion plus ou moins marqués.

L'exploration de la fosse iliaque peut être positive ou ne révéler qu'une certaine sensibilité particulièrement vive avec endolorissement consécutif prolongé.

La multiplicité des troubles digestifs s'explique par leur pathogénie variable : si l'infection intestinale entretenue par la lésion appendiculaire est le principal facteur, il faut aussi attribuer un rôle important aux adhérences épiploïques.

Le diagnostic de cette forme est à faire avec les formes les plus accentuées de dyspepsie intestinale, de colite, avec la néphroptose, affections parmi lesquelles elle a été jusqu'ici confondue.

L'appendicite chronique nous paraît devoir revendiquer bon nombre des cas les plus rebelles attribués à ces affections lesquelles, coïncidant souvent avec elles, sont alors incriminées pour ses méfaits.

Dans le doute, on devra instituer une observation et un traitement sévères, traitement qui peut d'ailleurs être prolongé un certain temps sans danger, car cette forme d'appendicite a peu de tendance aux poussées aiguës et à la perforation.

En cas d'échec, l'ablation de l'appendice devra être tentée puisqu'elle amène ordinairement la guérison définitive.

Le Président de Thèse,

TILLAUD.

Vu : *Le Doyen,*

P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

Brun. — *L'Appendicite*, in *Traité des Maladies de l'Enfance*, de Grancher, Comby et Marfan.

Monod et Vanverts. — *L'Appendicite*.

Walther. — In *Compte-Rendu du Congrès de Chirurgie de 1898*.

Jalaguier. — *L'Appendicite*, in *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus*, 2^e édition.

Ehebols. — *Centralblatt für Gynecologie*, 1898.

Levrey. — Thèse de Paris, 1898.

Pesquerel. — Thèse de Paris, 1899.

Talamon. — *La Colique appendiculaire et les formes non chirurgicales de l'Appendicite*, Paris 1900.

Walther. — *Des troubles digestifs dans l'Appendicite chronique. Rôle de l'infection et des épiploïtes*.
